



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології  
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

# Український кардіологічний журнал

## Ukrainian Journal of Cardiology

### **Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України**

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

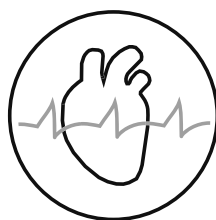
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,  
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,  
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том  
**26**

Додаток  
**1**

**2019**



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2019

3. Визначення на сітці 2 точок, де QRS комплекси досягають мінімуму та максимуму, методом «ковзного вікна»  $3 \times 3$ , для якого обчислюють середнє значення.

4. Побудова трапеції, яка описує зовнішній контур серця.

5. Визначення реперних ліній та точок (А і В) трапеції.

6. Суміщення трапеції з мінімумом та максимумом виконують на основі 3 геометричних перетворень:

1) Паралельний перенос на вектор  $P_{\min} - P_A$ , де  $P_{\min}(P_A)$  – координати в пікселях точки мінімуму (точки А трапеції).

2) Поворот на кут між векторами  $L_1$  та  $L_2$ , де  $L_2(L_1)$  – вектор між реперними точками трапеції (екстремумами сітки).

3) Масштабування (розтягнення чи стиснення) зображення серця на фактор  $K = \|L_1\| / \|L_2\|$ , де  $\|...\|$  – довжина вектора.

**Висновки.** Розроблено алгоритм суміщення анатомічного розрізу серця з просторовою сіткою МКГ-кривих, який дає можливість візуалізувати процеси току струмів у міокарді людини.

### Вплив антиретровірусної терапії на порушення ритму серця у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

В.А. Василенко, А.М. Василенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
Кривий Ріг

**Мета** – вивчити вплив АРТ на частоту і вираженість суправентрикулярної ектопії (СВЕ) і шлуночкової ектопії (ШЕ) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

**Матеріал і методи.** Ми проаналізували результати добового холтеровського моніторингу ЕКГ (СХМ ЕКГ) у 51 ВІЛ-інфікованого пацієнта до і після призначення. У всіх пацієнтів визначали кількість С-реактивного білка (СРБ) сироватки крові.

**Результати.** У всіх пацієнтів 1 (до призначення АРТ) і 2 (через рік прийому АРТ) групи була зареєстрована СВЕ різного ступеня вираженості, тоді як в контрольній групі СВЕ була зареєстрована тільки у 31 особи (93,9 %). ШЕ була виявлена у 37 (72,5 %) пацієнтів 1-ї групи, 27 (62,5 %) пацієнтів 2-ї групи і 7 (21,2 %) осіб контрольної групи. Проаналізувавши структуру СВЕ і ШЕ було відзначено, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 1-ї групи реєструється більше як СВЕ, так і ШЕ, які істотно зменшуються при досягненні вірусологічних та імунологічних цілей АРТ.

На тлі ефективної АРТ у пацієнтів 2-ї групи було відзначено збільшення показника SDNN до  $(148,3 \pm 11,2)$  мсек і SDANN до  $(133,3 \pm 8,3)$  мсек. Істотної зміни інших часових показників BPC (SDNN-index, pNN50 і rMSSD) в цій групі відзначено не було.

Зменшення частоти і вираженості СВЕ і ШЕ, а також поліпшення профілю BPC зареєстровані на тлі зниження концентрації високочутливого СРБ з  $(19,1 \pm 2,2)$  мг/л до  $(10,7 \pm 1,3)$  мг/л ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У ВІЛ-інфікованих пацієнтів достовірно частіше реєструється і більш виражена суправентрикулярна і шлуночкова екстрасистоля, в тому числі і ектопічні ритми, нехарактерні для здорових. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів на тлі АРТ протягом  $52 \pm 4$  тижні при досягненні ВН  $< 20$  копій/мл і CD4+ Т-лімфоцити  $> 400$  кл/мл частота реєстрації кількості суправентрикулярних і шлуночкових ектопій достовірно знижується. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів зменшення вираженості СВЕ і шлуночкових ектопій відбувається на тлі зниження рівня високочутливого СРБ, а також поліпшення інтегральних тимчасових і спектральних показників варіабельності серцевого ритму. Це дає підстави вважати, що системна запальна відповідь та гіперсимпатикотонія є патогенетичними ланками аритмогенезу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

### Порушення ритму серця та провідності в пацієнтів, які перенесли інфекційний міокардит

А.М. Василенко, С.О. Шейко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Міокардит є одним із найбільш поширених серед некардіогенних захворювань серця. Запальне ураження міокарда спостерігається у 2,3–9 % хворих із серцево-судинною патологією, переважно у молодому та середньому віці. Захворювання часто має хронічний перебіг (більше 6 місяців), що призводить до розвитку серцевої недостатності (СН) та інвалідизації хворих.

**Мета** – вивчення спектра порушень ритму у пацієнтів, які перенесли інфекційний міокардит, для підвищення ефективності їх диференційованого лікування.

**Матеріал і методи.** Проведене 5-річне ретроспективне обстеження 124 хворих, які перенесли інфекційний міокардит. Вік пацієнтів –  $(29,5 \pm 7,4)$  року. Серед обстежених чоловіків було 72 (58,06 %), жінок – 52 (41,94 %).

Проводили загальноклінічне обстеження. Виконували електрокардіографічне дослідження (ЕКГ), добовий моніторинг ЕКГ, денситометрію. Електрофізіологічне обстеження виконували в умовах Обласного центру кардіології і кардіохірургії м. Дніпра. Серед всіх хворих у 35 пацієнтів діагностовано вогнищевий міокардит (ВМ), у 89 – дифузний (ДМ). Клінічні особливості ДМ були представлені змішаним (аритмічним і декомпенсаційним), кардіалгічним і декомпенсаційним варіантами. Порушення серцевого ритму і провідності діагностували у 41 (33,8 %) пацієнта. Більш тяжкі порушення ритму діагностували при дифузному міокардиті.

**Результати.** Зареєстровані такі порушення ритму: фібриляція передсердь – у 8 пацієнтів, тріпотіння передсердь – у 3, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса – у 5 хворих, повна блокада правої ніжки пучка Гіса – у 2, часта шлуночкова екстрасистоля – у 19 пацієнтів, компенсований синдром слабкості синусового вузла – у одного хворого, атріовентрикулярна блокада 3-го ступеня – у 3 пацієнтів.